

Bacheloroppgave i sykepleie

HIV- smitte fra mor til nyfødte barn i India.

- En litteraturstudie

Kandidatnummer: 109

Innleveringsdato: 03.10.2013

Antall ord: 10.688

KULL: 10 sykdel

Diakonhjemmet Høgskole

Sammendrag

Problemstillingen:

Hvordan kan sykepleier utføre sykdomsforebyggende arbeid og veiledning ved amming for å redusere HIV- smitte fra mor til barn?

Metode:

Jeg har gjennomført en litteraturstudie for å belyse og finne svar på min problemstilling.

Funn:

Det er mange utfordringer i forhold til hva man skal veilede kvinnene til å gjøre. Kvinnene trenger veiledning og informasjon om valg av metode for å fø barnet og konsekvenser av valget. Jeg finner at problemstillingen utgjør et etisk dilemma for sykepleier.

Drøftning:

Jeg benytter den etiske beslutningsmodellen for å drøfte hvordan sykepleier skal veilede den HIV- positive kvinnen i forhold til sykdomsforebyggende arbeid mot reduksjon av HIV- smitte.

Konklusjon:

Sykepleier må veilede kvinnene til ikke å amme. På den måten utfører sykepleier sykdomsforebyggende arbeid mot HIV- smitte fra mor til barn via amming.

Innhold

Sammendrag.....	2
1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn og formål med oppgaven	6
1.2 Førforståelse – en redegjørelse	7
1.2.1 Mitt faglige ståsted.....	7
1.3 Et eksempel fra praksis for å belyse problemstillingen	8
1.4 Problemstillingen.....	9
1.5 Forutsetninger og avgrensninger	9
1.6 Begrepsforklaringer	9
1.7 Formålet med oppgaven	9
1.8 Oppgavens disposisjon	9
2.0 Litteraturgjennomgang	11
3.0 Naturvitenskaplig grunnlag	12
3.1 Hva er HIV?.....	12
3.2 Hvordan påvirker HIV kroppens celler?	12
3.3 Hvordan smitter HIV fra mor til barn?	14
3.4 Risikofaktorer	14
3.5 Alternativer til amming	14
3.5.1 Fordeler og ulemper ved bruk av morsmelkerstatning	14
4.0 De teoretiske forankringene	16
4.1 Sykdomsforebyggende arbeid	16
4.3 Veiledning	17
4.3.1 Hva er veiledning	17
4.3.2 Hva er hensikten med å veilede	17
4.3.3 Hvordan veileder man?	17
4.3.4 Hva er god veiledning?	18

4.4 Å anvende den didaktiske relasjonsmodell	18
4.4.1 Hva er den didaktiske relasjonsmodell?	18
4.4.2 Hvordan kan modellen brukes i praksis?	18
4.4.4 Planlagt og strukturert veiledning	19
- Fordeler? Hvorfor bruke den didaktiske relasjonsmodell? Hensikt	19
4.6 Sykepleieteori	19
4.7 Den etiske beslutningsmodellen	21
5 Metode og beskrivelse av fremgangsmåten	23
5.1 Hva er metode.....	23
5.2 Valg av metode.....	23
5.2.1 Litteraturstudie – en gjennomgang av fremgangsmåten	23
5.3 Forskningsetikk	24
6.0 Presentasjon av data	25
6.1 Å amme eller ikke – hva sier forskningen?	25
6.2 Mødrenes kunnskap og holdninger.....	26
6.3 Mine observasjoner og erfaringer.....	27
7.0 Mine funn	30
7.1 Kvinnerenes kunnskaper og holdninger	30
7.2 Alternativer til amming	31
7.3 Faktorer i samfunnet som påvirker valget	31
7.4 Sykepleier kan veilede og gi informasjon	31
8.0 Drøftning	32
8.1 Å amme eller ikke amme- veiledning og sykdomsforebyggende arbeid i flere perspektiver	32
8.2 Sykepleieteori sett i sammenheng med problemstillingen	33
8.2.1 Sykepleie som hjelpetjeneste i samfunnet	33
8.2.2 Sykepleiers hjelpemetoder og sykepleierkapasitet	33

8.3 Bruk av den didaktiske relasjonsmodell i sykdomsforebyggende arbeid.....	33
8.4 Det etiske dilemmaet – en beslutning	34
8.5 Vurdering og tolkning av funnene i lys av teorien	34
9.0 Avslutning	38
9.1 Min konklusjon.....	39
Litteraturliste	39
Vedlegg 1	42

1.0 Innledning

HIV infeksjon hadde allerede per år 2004 rammet 39,4 millioner mennesker. I utviklingsland er HIV alene årsaken til over 3 millioner dødsfall årlig. Mer enn 90 % av HIV rammede bor i utviklingsland (Villamor 2006).

Ca. 300 000 barn blir smittet av HIV hvert år (Unicef 2013).

HIV pandemien er fortsatt i 2013 et enormt problem og en stor utfordring for verdenssamfunnet. HIV rammer hardest de fattigste i Asia og Afrika. Spesielt hardt rammet er kvinner og barn. Årsaken til at barn er HIV- positive er at de har blitt smittet av sin mor. Det er flere måter barn kan bli smittet på. Barnet kan få HIV under svangerskapet og under fødselen. Ca. 1/3 av HIV- smitte fra mor til barn, skjer via amming. Når barnen først har fått HIV, er det lite som kan gjøres. Barnet vil ikke bli friskt igjen. Det vil derfor være avgjørende for sykepleiere å ha fokus på sykdomsforebyggende arbeid i forhold til HIV- smitteoverføring til barn, fra mor.

1.1 Bakgrunn og formål med oppgaven

Jeg ble meget interessert i temaet HIV da jeg hadde praksis i India. I folkehelseemnet var jeg utplassert på et HIV- behandlingssenter i en liten landsby. Her møtte jeg mange HIV- pasienter. Jeg deltok i arbeidet med HIV- pasientene på mange måter, blant annet medisinsk oppfølging i hjemmet og på senteret. Vi veiledet pasientene i hjemmet og på sykehuset. Vi fulgte også med på hvordan de hadde det og snakket med dem om hvordan de greide seg i hverdagen. Det som gjorde mest inntrykk på meg i disse hjemmemøtene var de foreldreløse HIV- positive barna. De hadde mistet sine foreldre i aids og var selv HIV- positive. Dette førte til at de ble diskriminert på skolen og av samfunnet ellers. Flere skoler ønsker ikke å ha HIV- positive elever ved sin skole og kjent HIV ville medføre utkastelse fra skolen. Noen av barna var også allerede kastet ut fra skolen og bodde på barnehjem fordi nær familie ikke ønsket kontakt med dem fordi de var HIV- positive. For meg var dette hjerteskjærende. Barna har praktisk talt ingen fremtid.

Jeg var med på arbeidet sykepleiere og sosialarbeidere gjorde for folkeopplysning og jobben de gjorde i forhold til forebygging. Jeg og mine to medstudenter skrev en prosjektoppgave om forebygging av HIV ved bruk av kondomer. Sykepleiere og sosialarbeiderne hadde stort fokus på å informere og opplyse lokalsamfunnet om HIV, hvordan det smitter og om viktigheten av

bruk av kondomer. De hadde flotte tiltak som blant annet gratis kondomer og gratis HIV- test. Det som slo meg var at det ble gjort svært lite for å forebygge at barn blir smittet av HIV.

Jeg har gjennom flere samtaler med min lærer og mentor Dr. Ranganath forsøkt å få en forståelse for **hvorfor** det ikke blir gjort mer for å forebygge HIV- smitte fra mor til barn. Det jeg sitter igjen med, etter 9 måneder i India, er at det er meget vanskelig å gjøre noe for å forebygge at barnet får HIV via amming. Derfor ønsket jeg å skrive denne oppgaven, for å belyse dette problemet som sykepleierne står ovenfor hver dag. Jeg har deltatt i arbeidet, i to runder, observert og snakket med pasienter og Dr. Ranganath, samt andre helsearbeidere som er involvert i det sykdomsforebyggende arbeidet. Først var jeg i India fra august 2012 til januar 2013. Jeg dro tilbake i april 2013 og var der da i tre måneder, frem til juli 2013.

Barna er helt uskyldige i dette og har ikke muligheten til å foreta noen valg, slik voksne har, for å beskytte seg mot HIV. Jeg ser derfor på det som en meget viktig oppgave for sykepleier å bidra i det sykdomsforebyggende arbeidet i forhold til HIV- smitte fra mor til barn.

1.2 Førforståelse – en redegjørelse

Det finnes tre måter et barn kan bli HIV - smittet på.

1. Under svangerskapet
2. Under fødsel
3. Via amming

De to første smittemåtene er det svært lite sykepleier kan gjøre noe med, hvis en HIV- positiv kvinne først har blitt gravid. Derimot når det kommer til amming kan sykepleier gjennom veiledning og undervisning drive sykdomsforebyggende arbeid ved å gi informasjon om risiko for smitteoverføring og om at barnet står i stor fare for å få HIV hvis mor ammer. Sykepleier kan også gi veiledning og informasjon om alternative måter å fø barnet på.

1.2.1 Mitt faglige ståsted

Jeg baserer min praksis i sykepleie på et helhetlig menneskesyn. Et helhetlig menneskesyn innebærer at sykepleier ser alle de fem hoveddimensjonene i et menneske: kropp, sjel, ånd, det relasjonelle og at mennesket lever i en tradisjonssammenheng (Johannessen 2007). Videre mener jeg at sykepleier kan bidra med mye innenfor sykdomsforebyggende arbeid i form av å innta en veiledende rolle.

1.3 Et eksempel fra praksis for å belyse problemstillingen

Sykepleier er på jobb på fødeavdelingen på et sykehus i India. De fleste kvinnene som kommer hit for å føde er fra rundt omliggende landsbyer. De fleste kvinnene har ingen utdanning utover grunnskolen og er i hovedsak hjemmeværende husmødre. Kvinnene har stort sett ikke hatt kontakt med sykehuset før de kommer for å føde, så dette er svært ofte også deres første møte med lege og sykepleiere.

Sykepleier har akkurat kommet på vakt og som vanlig er det fullt på fødeavdelingen. En kvinne kommer inn med rier. Det første som gjøres er å sjekke om hun har hatt kontakt med sykehuset tidligere. Det har hun ikke. Det betyr at før hun kan få en seng å ligge i, må det tas en blodprøve. Blodprøven tas for å se om kvinnen har HIV. Det er en prøve som gir raskt svar. 1 dråpe blod, 1 prøve og 3 minutter senere har sykepleier svaret. Kvinnen **er** HIV- positiv.

Kvinnen blir klargjort til fødsel og en liten jente kommer til verden. Hun skriker og er i aller høyeste grad levende. Hun er liten, men ikke faretruende undervektig. Sykepleier stikker rutinemessig den lille i armen og tar en liten dråpe blod, drypper blodråpen på prøveskiven og venter. 3 minutter senere er svaret klart. Den lille nyfødte har **ikke** HIV.

Sykepleier vet at faren er enormt stor for at den lille vil bli smittet av HIV fra sin mor via amming. Alle nybakte mødre oppholder seg på sykehuset i ca 3 døgn etter fødsel. De små blir overvåket på fødestuen i 2 dager før de er sammen med sin mor hele døgnet. Alle kvinner som føder på dette sykehuset får veiledning i hvordan å amme sitt nyfødte barn. På denne arenaen kan sykepleier utføre sitt sykdomsforebyggende arbeid for den lille. Sykepleier vet at dette vil være den eneste anledningen hun vil få til å veilede mor i forhold til smitteoverføring og alternativer til amming.

Jeg har valgt å benytte meg av et eksempel for å få frem hvor sykepleier møter disse kvinnene og i hvilken situasjon og sammenheng sykepleier kan veilede pasienten og drive sykdomsforebyggende arbeid. Eksempelet er gitt på bakgrunn av mine erfaringer fra fødeavdelingen i India hvor jeg har vært 4 dager i uken, i 4 uker.

Videre belyser jeg problemstillingen med kunnskaper, erfaringer og observasjoner fra feltarbeid og fra sykehuset. Disse har jeg ervervet over ett tidsrom på 6 måneder utover de fire ukene på fødeavdelingen. Mye av kunnskapen og forståelsen jeg har for emnet har jeg fått gjennom samtaler med Dr. Ranganath. Det falt naturlig å belyse problemstillingen med mine

kunnskaper, erfaringer og observasjoner da de er samstemte med det jeg fant i mitt utvalg av forskning.

1.4 Problemstillingen

Etter valgt tema er problemstillingen formulert slik:

Hvordan kan sykepleier utføre sykdomsforebyggende arbeid og veiledning ved amming for å redusere HIV- smitte fra mor til barn?

1.5 Forutsetninger og avgrensninger

Oppgaven omhandler HIV- positive kvinner som føder barn i fattige deler i utviklingsland, kvinner som har liten tilgang på resurser og kunnskap. Det er mange faktorer som spiller inn på min problemstilling, som jeg har valgt ikke å trekke inn, da dette ville føre til at omfanget på oppgaven hadde blitt for stort. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i veiledning og sykdomsforebyggende arbeid, da det etter min mening er her sykepleier kan bidra på best mulig måte for å bidra til å redusere HIV- smitte fra mor til barn via amming.

1.6 Begrepsforklaringer

Sykdomsforebyggende arbeid: Det å forebygge sykdom og det å fremme helse (Mæland 2005:14).

Veiledning: Veiledning er en metode for læring. Det er en prosess i flere faser som foregår mellom minst to partene med ulike roller – veileder og den som skal veiledes – veisøker.

Veiledning er ”en formell, rasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess”(Tveiten 2008:19)

1.7 Formålet med oppgaven

Jeg ønsker å belyse spørsmålet om å amme eller ikke amme og hva sykepleier kan gjøre i forhold til å forebygge at barn blir smittet av HIV via amming. Jeg brenner for dette temaet og ønsker å vise at sykepleier har en viktig sykdomsforebyggende rolle for å redusere antallet HIV- positive barn.

1.8 Oppgavens disposisjon

I oppgaven gjennomgår jeg hva HIV er og hva viruset gjør med cellene. Jeg gir en avklaring av risikofaktorer og en naturvitenskaplig forklaring på hvordan HIV- smitter fra mor til barn via amming. Jeg ser på veiledning og bruk av den didaktiske relasjonsmodell som verktøy for veiledningen sykepleier skal gi. En del av oppgaven tar for seg presentasjon av forskning foretatt for å kartlegge HIV- positive mødre i utviklingsland og deres holdninger og kunnskap rundt det å være HIV- positiv og amming. I delen om sykdomsforebygging trekker jeg frem

noen sentrale elementer i Orems sykepleieteori. Videre i mitt teorigrunnlag tar jeg for meg sykdomsforebyggende arbeid, veiledning og den didaktiske relasjonsmodell. Jeg gjør rede for den etiske beslutningsmodellen. Videre kommer metodedelen etterfulgt av en redegjørelse av mine funn. Deretter kommer drøftningsdelen. Oppgaven avrundes med en avslutning som inneholder min konklusjon.

2.0 Litteraturgjennomgang

Jeg har i denne oppgaven benyttet meg av litteratur og forskning skrevet etter år 2000. Dette for at kunnskapen skal være oppdatert og korrekt per i dag. Jeg har søkt etter forskningsartikler som omhandler HIV- positive kvinner og amming og utfordringer eller holdninger i forhold til dette. Forskningen er foretatt i utviklingsland. Jeg har kun brukt forskning fra utviklingsland da det er kvinner fra disse landene jeg skriver om i denne oppgaven. Det er forskning gjort på samme tema i USA og Canada, men disse har jeg valgt å se bort ifra, da dette ikke utviklingsland. Artiklene jeg har funnet sier noe om kunnskapen kvinnene har om HIV og amming. Artiklene tar også for seg holdninger kvinnene har. Jeg har funnet forskning som belyser fordeler og ulemper ved å amme og ved å benytte morsmelkerstatning.

Jeg har benyttet en rekke bøker. Noen av bøkene er fra tidligere pensum i utdannelsen. Resten av bøkene er lånt på biblioteket på Diakonhjemmet høyskole. Jeg har fått hjelp av bibliotekaren til å finne relevante fagbøker. Alle bøkene jeg har benyttet er bøker beregnet til bruk av helsepersonell. Den sykepleieteoretiske delen, delen om sykdomsforebyggende arbeid, etikk og veiledning er basert på faglitteratur hentet fra disse bøkene. Det er skrevet flere bøker både innenfor sykdomsforebyggende arbeid for sykepleiere, veiledning og etikk. Jeg har valgt å benytte meg av de nyeste bøkene som var tilgjengelig på biblioteket, igjen for at innholdet skal være relevant og oppdatert til det som gjelder i dag.

3.0 Naturvitenskaplig grunnlag

I dette kapitlet legger jeg frem kunnskap fra naturvitenskap. Dette er for kort å forklare hva HIV er og hvordan HIV påvirker cellene og kroppen.

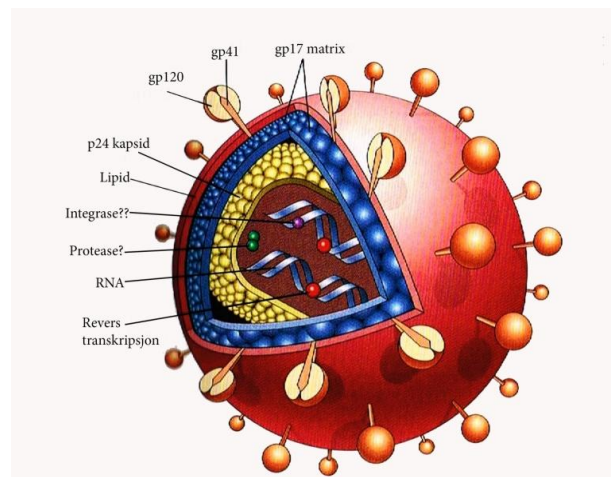
3.1 Hva er HIV?

HIV er en forkortelse for humant immunsviktvirus. Det finnes to typer hiv. Hiv-1 antas å være den farligste formen for hiv og er også den mest vanlige formen. Hiv-1 forekommer i Europa, Amerika, Asia og store deler av Afrika. Hiv-2 er mindre utbredt og forekommer vanligvis i Vest-Afrika. Det finnes også flere undergrupper av hiv. Felles for dem alle er smittemåten. Det er usikkert om det finnes variasjoner i smittsomheten i de forskjellige undergruppene (Tjade 2008).

3.2 Hvordan påvirker HIV kroppens celler?

Humant immunsvikt virus er et lentivirus. At hiv er et lentivirus betyr at sykdom som følge at dette viruset vil utvikle seg sakte.

Hiv har to RNA tråder. Disse er identiske. Alle enzymene viruset trenger for å kopiere seg selv, finnes i nukleosidkapsidet.

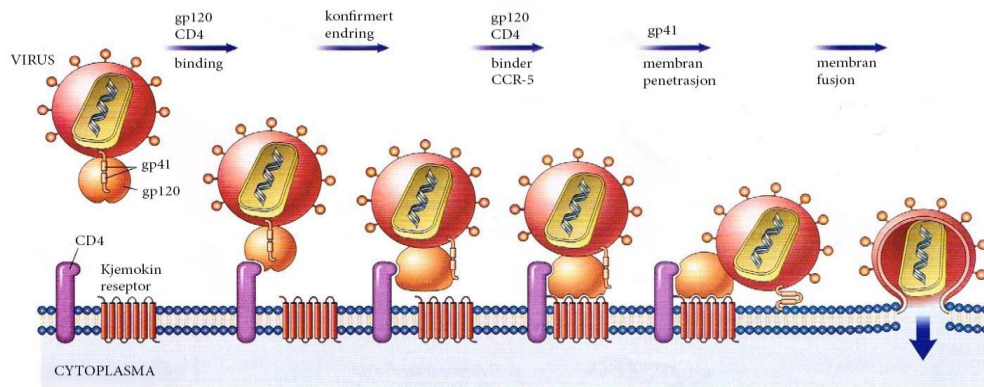


(Illustrasjon fra *Pathologic basis of disease* s.247)

For at viruset skal kunne formere seg, må det integreres i en celle. Når viruset er integrert i en celle kaller vi det et provirus.

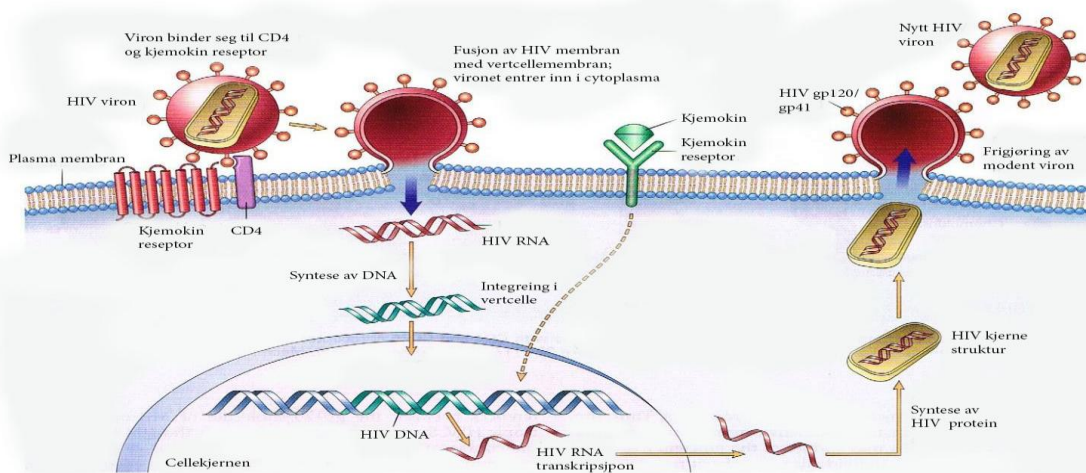
Hiv fester seg hovedsakelig på det vi kaller T-Hjelpeceller. T-Hjelpecellene er en type hvite blodlegemer. Disse T-Hjelpecellene har en type reseptor som gjør at de kalles CD4-positive T-celler. Reseptorene er CD4-molekyler som er festet på T-Hjelpecellens overflate.

Det er nettopp disse CD4-molekylene HIV fester seg til. HIV låser seg til reseptoren og på denne måten starter viruset sitt angrep på cellen. Videre må viruset koble seg på en koreseptor på samme celle. Med dette oppstår det en fusjon mellom HIV og målcellen.



(Illustrasjon hentet fra *Pathologic basis of disease* s.249)

Når HIV har festet seg til begge reseptorene overfører viruset sitt RNA inn i celle. RNA er enkelttrådet og inne i cellen omdannes dette til dobbelttrådet HIV DNA. For å gjennomføre omdanningen fra RNA til DNA, som er virusets genetiske materiale, benyttes to enzymer samt proteiner fra CD4-cellen. For å produsere nye og flere virus kommer et tredje enzym i bruk. Det tredje enzymet kalles protease og dets funksjon er å dele opp proteiner. De oppdelte proteinbitene pakkes så sammen slik at de danner viruspartikler. Disse viruspartiklene sendes ut i sirkulasjonssystemet med oppdrag å feste seg på nye T-Hjelpeceller og på den måten føre viruset og angrepet videre.



(Illustrasjon hentet fra *Pathologic basis of disease* s. 250)

3.3 Hvordan smitter HIV fra mor til barn?

Det finnes tre måter et barn kan få HIV smitte av sin mor på. Smitten kan overføres under svangerskapet, under fødsel og ved amming.

Det varierer hvor stor risikoen er for barnet å bli smittet. Det er høyest risiko for smitte fra mor til barn, hvis mor har blitt HIV positiv de seneste 3 måneder. Hele 75 % av barn som blir smittet av HIV blir smittet etter fødsel. (Pratt 2003).

HIV smitte overføres via amming gjennom morsmelken til barnet. Det finnes såkalte HIV - partikler i brystmelken og også T-hjelpeceller som er infiserte. Når barnet inntar den infiserte melken kan HIV smitten tas opp i barnets blodbane gjennom fordøyelsen. På den måten får barnet HIV.

3.4 Risikofaktorer

Noen risikofaktorer øker sjansen for at barnet skal bli smittet. Det er større risiko for smitte hvis mor har blitt HIV positiv de siste 3 måneder. Videre er det økt risiko for smitte hvis mor har lav antall CD4 T-lymfocytter. Det er også en økt risiko hvis mor lider av Vitamin A mangel eller underernæring. Dette fordi vitaminmangel og underernæring ofte fører til for tidlig fødsel, som igjen gjør at barnet er mer utsatt for smitte. Amming er en stor risikofaktor. Risikoen er størst de 6 første måneder barnet ammes. Risikoen for smitte er til stede under hele ammeperioden og risikoen øker jo lenger barnet ammes.

3.5 Alternativer til amming

Barnet må ha næring. Et alternativ til amming er bruk av morsmelkerstatning. WHO har flere programmer for utdeling og sikring av at mødre skal ha tilgang på morsmelkerstatning (Raiten 2011).

3.5.1 Fordeler og ulemper ved bruk av morsmelkerstatning

Fordelen ved å benytte morsmelkerstatning er at barnet ikke står i fare for å få HIV. Det er jo egentlig en enorm fordel og er i hovedsak hele målet med sykepleiers sykdomsforebyggende arbeid. Men det er også en ulempe som er meget stor. Faktisk så stor at valget mellom amming og bruk av morsmelkerstatning ikke er så enkelt som man skulle tro. Ulempen er at barnet ikke får de immunkomponentene i seg som morsmelk inneholder (Wienberg 2000). Barnets kropp blir ikke underernært, men man kan si at barnets immunsystem blir underernært. Dette setter barnet i stor fare - fare for en rekke infeksjonssykdommer som er meget vanlige i områder som for eksempel India, men også generelt i alle utviklingsland.

Uten morsmelk står barnet i stor fare for ikke å overleve sine første leveår grunnet infeksjonssykdommer. Selv diaré kan bli en dødsårsak som følge av uteblitt amming. Mor står derfor ovenfor et vanskelig valg. Det blir sykepleiers oppgave å informere og veilede i tiltak for å unngå sykdom. Her finnes det ikke ett riktig svar. Det er fordeler og ulemper ved å amme, men også ved ikke å amme. Dette er et etisk dilemma. Hvordan skal sykepleier best utøve sykdomsforebyggende arbeid og hva skal sykepleier veilede pasienten til å gjøre?

4.0 De teoretiske forankringene

4.1 Sykdomsforebyggende arbeid

Sykdomsforebyggende arbeid er dreier seg om å forebygge sykdom, men også å fremme helse.

I dette ligger blant annet

- å legge omgivelsene til rette for best mulig helseutvikling.
- å styrke befolkningens motstandskraft mot helsetruende forhold
- å stimulere folks evner til fleksibel funksjonering, mestring og kontroll
- å bidra til at folks livskvalitet blir best mulig (Mæland 2005:14)

Dette er retningslinjer formulert av verdens helse organisasjon (WHO).

Logikken bak det sykdomsforebyggende arbeidet er at sykdom er mulig å unngå. Målet for sykdomsforebyggende arbeid er å forhindre at sykdom oppstår. Videre kan målet være å utsette et sykdomsforløp. Disse målene kalles primær forebygging. Det finnes også en sekundær forebygging som har som mål å hindre at en sykdom manifesterer seg på nytt eller utvikler seg videre (Mæland 2005:15).

I forhold til praktisk sykepleie tar det sykdomsforebyggende arbeidet utgangspunkt i hver enkelte, konkrete pasientsituasjon (Gammersvik 2012:79).

Sykepleier iverksetter tiltak i situasjonen eller planlegger tiltak som utføres til hver enkelt pasient. På denne måten driver sykepleier sykdomsforebyggende arbeid helt konkret. Sykepleier har mange roller, som pleie, helsefremming og sykdomsforebygging. Sykepleier skal også undervise og veilede, støtte og lede. All sykepleie tar utgangspunkt i pasientens situasjon og det tas hensyn til helseressurser og mangler på disse. Som regel er pasientsituasjonene komplekse og sammensatte. Sykepleier har ofte flere roller samtidig i møtet med pasienten. Pasientens syn på egen situasjon veier tungt i all sykepleie (Gammersvik 2012:80).

Det er ikke bare det sykepleier gjør som er avgjørende for sykdomsforebyggende arbeid. Samfunnet kan også legge til rette eller ikke legge til rette for at pasienter skal foreta valg som bidrar til sykdomsforebygging.

På et generelt grunnlag kan vi si at befolkningens og pasientens individuelle handlingsvalg står i en samfunnsmessig sammenheng (Gammersvik 2012:93).

Sykdomsforebygging handler ikke bare om det sykepleier gjør, det handler også om hvert enkelt individs individuelle valg (Gammersvik 2012:94).

4.3 Veiledning

4.3.1 Hva er veiledning

Veiledning er en metode for læring. Det er en prosess i flere faser som foregår mellom minst to partene med ulike roller – veileder og den som skal veiledes – veisøker.

Tveiten (2008) definerer veiledning som

”en formell, rasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess”(Tveiten 2008:19)

Veilederen innehar kunnskap og/eller ferdigheter som veisøker kan tilegne seg, bevisstgjøres i forhold til, reflektere over og endre sin egen adferd og holdning i forhold til. Veileder skal være en veiviser, en støttespiller og en inspirasjonskilde til utvikling.

Veiledning er i alle henseender en etisk handling. Det dreier seg om å hjelpe og ivareta et annet menneske – til den andres beste (Botnen Eide m.fl. 2009:11).

4.3.2 Hva er hensikten med å veilede

Hensikten med veiledningen er i følge Tveiten

”at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier” (Tveiten 2008:19).

Veiledningen skal føre til en form for bevisstgjøring, læring, mestring, vekst og utvikling. Den skal hjelpe veisøkeren til planlegging av egne handlinger og fremme kritisk refleksjon. Veiledningen skal også føre til at veisøkeren bruker, tolker og lærer av sine erfaringer og refleksjon og øker veisøkers valgkompetanse.

4.3.3 Hvordan veileder man?

Veiledning foregår oftest i form av samtale/dialog. Veileder og veisøker må være enige om at veiledning skal foregå. Veileder har ansvar for tilrettelegging av samtalen, gjerne etter visse regler eller innenfor gitte retningslinjer. Veileder planlegger tidspunkt og sted for gjennomføring av samtalene. Tveiten kaller perioden før selve veiledningen starter som en

planleggingsfase. Hun deler videre veiledningen inn i en oppstart- eller bli kjent - fase, en arbeidsfase, en avslutningsfase og en refleksjonsfase (Tveiten 2008:89ff).

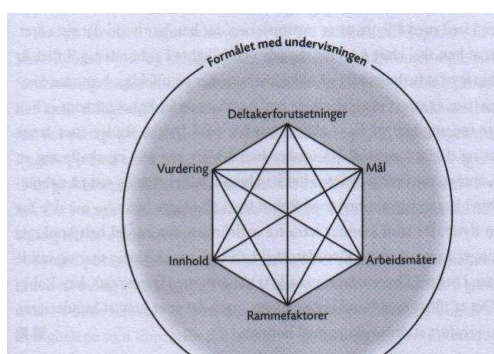
4.3.4 Hva er god veiledning?

God veiledning er veiledning som hjelper og tar vare på den som veiledes. Den gjenkjennes ikke bare av at generelle regler og retningslinjer blir fulgt. Gjensidig respekt og god relasjon mellom partene er en forutsetning for at resultatet av veiledningen skal bli godt. God veiledning er situasjons- og personavhengig. I utgangspunktet er styrkeforholdet mellom partene i en veiledningssituasjon ulik. Veileders væremåte, holdninger, personlighet og tilnærming er avgjørende i forhold til å bygge en god relasjon. Veisøker må være åpen, mottakelig og ønske veiledning og må føle seg respektert og ivaretatt.

4.4 Å anvende den didaktiske relasjonsmodell

4.4.1 Hva er den didaktiske relasjonsmodell?

Den didaktiske relasjonsmodell er et verktøy sykepleier kan bruke for å planlegge veiledning/undervisning, men den kan også brukes som en kvalitetssikring i forbindelse med gjennomføring og vurdering av veiledningen. Elementene i modellen er deltakerforutsetninger, mål, rammefaktorer, innhold, arbeidsmåter og vurdering. Alle elementene påvirker hverandre



gjensidig (Dalland 2010).

Illustrasjon fra Pedagogiske Utfordringer for helse- og sosialarbeidere (2010:107).

4.4.2 Hvordan kan modellen brukes i praksis?

I praksis kan modellen gi brukes til å gi sykepleier en systematisk oversikt over den personen arbeid rettes inn mot – pasient eller veisøker. Med *deltakerforutsetninger* menes for eksempel pasientens alder, evner og anlegg, følelser og erfaringer. *Mål* uttrykker hva man ønsker å oppnå gjennom veiledning/undervisning. Det er viktig at pasienten/veisøker medvirker til målformuleringen. *Rammefaktorer* defineres som tid, sted, rom og omstendigheter rundt pasienten/veisøker eller situasjonen. *Innhold* gir en oversikt over informasjon og behandling som skal gis. *Arbeidsmåter* i denne sammenhengen betyr en oversikt over hvordan

opplæringen skal foregå, hvem som bestemmer og om det er behov for spesielle tilpasninger i forhold til opplæringen. Elementet i modellen som heter vurdering skal belyse om opplæringen eller behandlingen har vært vellykket. Hvis det dreier seg om et sykdomsbilde, gjør en her en vurdering om pasienten er på bedringens vei eller om situasjonen for pasienten har forverret seg. Det legges også en plan for videre arbeid.

4.4.4 Planlagt og strukturert veiledning

- Fordeler? Hvorfor bruke den didaktiske relasjonsmodell? Hensikt

Å benytte en struktur ved veiledning gir helhet og sammenheng. Ved å benytte den didaktiske relasjonsmodell ser sykepleier hele mennesket og den kontekst det befinner seg i. Den didaktiske relasjonsmodell gir en konkretisering av undervisning, tiltak og metode. Den didaktiske relasjonsmodell er et redskap for sykepleier til planlegging, gjennomføring og evaluering av veiledning. Dette hjelper med andre ord sykepleier å lage et så godt veiledningsopplegg som mulig.

4.6 Sykepleieteori

Orems sykepleieteori bygger på diskusjon rundt fire begreper. Disse fire begrepene er: mennesket, omgivelser, helse og sykepleie.

Sykepleie: Orem sier at sykepleie fungerer som en hjelpetjeneste i samfunnet. Orem sier at sykepleie er en profesjon og at sykepleier må være utdannet. Orem uttrykker at sykepleie bygger på et omfattende teoretisk grunnlag og ikke bare praktisk kunnskap. Sykepleiens mål og hensikt er å fremme menneskets normalfunksjon, utvikling, helse og velvære (Kristoffersen 2008:47)

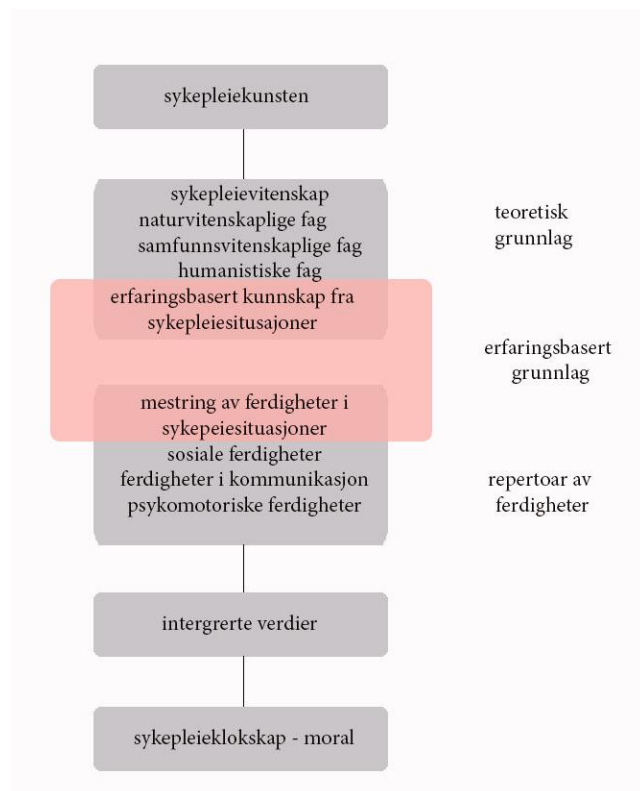
Utvikling: Disse behovene varierer ut ifra alder og utviklingstrinn. Vilkår som fremmer liv, eller opprettholder vilkår som fremmer utvikling springer ut i fra utviklingsprosesser. Et eksempel på en utviklingsprosess er graviditet. (Kristoffersen 2008:43)

Sykepleie er en hjelpetjeneste, sier Orem. Hjelpen må ha som mål å utvikle egenomsorgskapasitet, når dette er mulig for pasienten. Det vil si at hvis det er mulig for sykepleier å hjelpe pasienten til å utvikle sin egen evne til å ivareta seg selv, må det være målet med hjelpen man gir at pasienten til slutt skal ha utviklet nettopp denne evnen.

Et annet begrep Orem beskriver er sykepleiekapasitet. Sykepleiekapasiteten er illustrert slik med følgende komponenter:

Illustrasjon fra *Grunnleggende sykepleie* (2008:47)

Vi ser ut i fra illustrasjonen at sykepleiekapasiteten bygger, i følge Orem, på sykepleierens kunnskap, ferdigheter og grunnleggende verdier.



Videre tar Orem for seg sykepleierens hjelpemetoder. Hjelpemetodene deles inn i fem:

- å gjøre eller handle for en annen
- å veilede og rettlede en annen
- å sørge for fysisk og psykisk støtte
- å sørge for omgivelser som fremmer utvikling
- å undervise

(Kristoffersen 2008:48)

Jeg ønsker å trekke frem punkt to – å veilede og rettlede en annen. Veiledning er godt egnet som hjelpemethode når pasienten må ta valg eller for eksempel følge en handlingsplan. Det er en betingelse at pasienten må være motivet til selv å ta beslutninger eller til å utføre avtalte handlinger.

Punkt tre – å sørge for fysisk og psykisk støtte ønsker jeg også å utdype. Dette punktet er ofte kombinert med veiledningspunktet. Sykepleier gir støtte og oppmuntring og tar på denne måten del i pasientens prosess. Dette øker pasientens sjanser til å lykkes, i følge Orem. Det hjelper også for å redusere sjansen for at pasienten skaper en situasjon som er farlig eller ubehagelig for seg selv. Denne hjelpemetoden benyttes ofte når pasienten befinner seg i en situasjon som oppleves som utrygg og eller skremmende. Ofte er dette en ny situasjon for

pasienten. At situasjonen er ny, fører ofte til at pasienten opplever sin situasjon som skremmende eller utrygg.

Videre til punkt fire- å sørge for omgivelser som fremmer utvikling. Dette punktet tilsier at sykepleier må rette oppmerksomheten mot både psykososiale forhold og fysiske forhold. Orem peker på at det er det helhetlige miljøet rundt pasienten som er avgjørende til slutt. Det totale miljøet kan fremme pasientens vekst og utvikling. Men det kan også medføre stagnasjon, avhengighet og mangelfull utvikling. Denne metoden anvendes ofte sammen undervisning.

Punkt fem - å undervise. Undervisning benyttes i de tilfeller hvor pasienten må tilegne seg ny kunnskap eller nye ferdigheter for å mestre egenomsorgen. For at pasienten skal kunne lære noe må pasienten først og fremst være motivert til å lære. Denne motivasjonen kan man få frem ved å vise pasienten hvorfor den nye kunnskapen er nyttig. Undervisningen må være tilrettelagt hver enkelt pasient. Sykepleier må ta hensyn til alder, tidligere kunnskap, kultur, livsstil og lignende. Undervisningen kan i praksis foregå i alle samhandlingssituasjoner mellom sykepleier og pasient. (Kristoffersen 2008:49)

4.7 Den etiske beslutningsmodellen

Den etiske beslutningsmodellen er, i likehet med den didaktiske relasjonsmodell, et verktøy sykepleier kan bruke i sitt arbeid. Den etiske beslutningsmodellen kan hjelpe sykepleier til å komme frem til en beslutning i forhold til vanskelige valg, eller et etisk dilemma. Etiske overveielser handler ikke bare om å veie for eller imot. Etiske overveielser i sykepleie handler om å ha en løsning som under en synsvinkel er optimal. Denne løsningen veies opp mot en eller flere andre løsninger som ikke er like optimale. Men disse mindre optimale løsningene ivaretar flere hensyn enn den optimale løsningen (Johannesen 2007:179).

En etisk beslutningsmodell ser slik ut:

ER siden

BØR siden

Ryddede handlingsrommet

- Berørte parter
- Sosiale forhold
- Ressursrammer
- Faktiske omstendigheter knyttet til helse, pleie og behandling

Normative premisser				
	NP 1	NP 2	NP 2.2	NP 3
	Yrkesetikk	Allmenn-etikk	Kultur og religion	Lover og retningslinjer
H 1	+	-	1	+
H2	-	+	2	-

+ betyr at det normative prinsippet taler for handlingsalternativet. – betyr at det normative prinsippet taler imot handlingsalternativet.

Slik illustreres den etiske beslutningsmodellen i boken *Godt, rett, rettferdig etikk for sykepleiere* på side 182.

Hvordan bruke modellen i praksis i sykepleie:

Ryddede handlingsrommet vil si at sykepleier finner ut, ved å besvare punktene i rommet, hvilke handlingsmuligheter som faktisk finnes. Ved å svare på punktene får sykepleier et overblikk over faktiske handlingsmuligheter. Sykepleier får med dette klart for seg de faktiske forholdene og oversikt.

I boksen på BØR siden i modellen finner vi H 1 og H 2. H står for handlingsalternativ. Handlingsalternativene kommer sykepleier frem til gjennom å besvare punktene på ER siden i modellen. Handlingsalternativene er de valgmulighetene som er relevante og mulige i situasjonen sykepleier prøver å løse. For at sykepleier kan ta stilling til hvilket handlingsalternativ som skal benyttes, må de normative premissene sees på. Np og påfølgende tall står for de relevante og aktuelle normative premissene som bør trekkes inn. (Johannesen 2007:184). Det kan være normer, idealer eller verdier. Det kan også være plikter og rettigheter.

For å ta en beslutning på hva sykepleier skal gjøre i det etiske dilemmaet må handlingsalternativene vurderes. De vurderes opp mot de normative prinsippene i lys av ER sidens funn. I modellen settes det opp et pluss eller minus bak handlingsalternativene slik at det kommer frem hvilket handlingsalternativ som er best. Videre må resultatene vurderes og drøftes, før sykepleier kan ta et valg om hva som bør gjøres.

5 Metode og beskrivelse av fremgangsmåten

5.1 Hva er metode

Sosiologen Vilhelm Aubert gir en definisjon av metode som er gjengitt i Dalland (2012:111)

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (I Dalland 2012:111 opprinnelig fra Aubert 1985:196)

Metoden blir selve redskapet i arbeidet som skal gjøres enten det er en undersøkelse, et intervju, litteraturstudie eller observasjon. Metoden kan være enten kvalitativ eller kvantitativ. De kvalitative metodene brukes når informasjonen man får ikke kan tallfestes eller måles og hvis dataene kan det, brukes kvantitative metoder. Da er det mulig å utføre ulike regneoperasjoner og føre statistikk over funn man gjør.

5.2 Valg av metode

I mitt arbeid har jeg valgt å bruke kvalitativ metode for å innhente data. Jeg har i utgangspunktet valgt å studere litteratur som belyser min problemstilling.

5.2.1 Litteraturstudie – en gjennomgang av fremgangsmåten

I et litteraturstudie skal allerede kjent kunnskap presenteres. Jeg har lest 28 forskningsartikler som omhandler min problemstilling. For å finne frem til artiklene har jeg søkt i databasen *Cinahl* og brukt søkeordene: HIV and breastfeeding, Breastfeeding and HIV transmission, breastfeeding and women knowledge, HIV and prevention, nutrition and HIV.

Jeg har valgt å benytte 4 av de artiklene jeg har lest i denne oppgaven og fagbøker.

Artiklene er lest og analysert ved å benytte IMRaD/ transkriberingsskjema (vedlegg 1).

Jeg har valgt å utelukke enkeltindivids litteratur, som biografier og tekster som beskriver eller gjengir enkeltindividers opplevelse, holdninger eller erfaringer. Dette er ikke relevant i forhold til min problemstilling, da sykdomsforebyggende arbeid skal være i fokus sammen med veiledning sykepleier gir.

Den naturvitenskaplige delen i min oppgave er basert på bøker. Noen av bøkene er pensumbøker fra tidligere i utdannelsen og resten av bøkene har jeg fått hjelp til å finne frem til av skolebibliotekaren. Tekstene i disse bøkene forklarer på en naturvitenskaplig måte hva HIV er og hvordan viruset virker i kroppen. To av bøkene omhandler kun HIV og de resterende bøkene er mer generelle infeksjonssykdomsbøker. Tekstene og illustrasjonene fra disse bøkene gir en naturvitenskaplig forklaring. Bøkene er utgitt med hensikten å være

faglitteratur for ulikt helsepersonell. De fleste bøkene har gir uttrykk for målgruppen i teksten på forsiden. Eks: HIV & aids – A foundation for nursing and healthcare practice. Jeg har valgt å benytte meg av de nyeste utgavene av bøkene, alle bøkene er utgitt etter år 2000. Jeg har valgt å ikke se på eldre litteratur, da jeg var interessert i at oppdatert naturvitenskaplig kunnskap skulle danne grunnlaget i min oppgave. Bøkene jeg har benyttet i etikk, veiledning, didaktikk og sykepleieteori er også tidligere pensumbøker fra studiet. Jeg har også benyttet tre fagbøker som ikke har vært pensum tidligere for å utdype det teoretiske grunnlaget i oppgaven. Jeg valgte denne litteraturen da de er beregnet som faglitteratur for sykepleiere.

En artikkel tar for seg risikofaktorer ved amming og WHO sitt arbeid. Jeg har to artikler som tar for seg kunnskapen og holdninger kvinner fra Malawi og Thailand har rundt HIV og amming. Den siste artikkelen omhandler forskning rundt det å amme eller ikke amme som HIV positiv mor. Mitt endelige utvalg blir disse fire artiklene. Fordi de presenterer kvalitative studier gjennomført i utviklingsland med høyt forekomst av HIV. Jeg har lest utvalget mitt og satt det i sammenheng for å bygge opp et teori- og forskningsgrunnlag som jeg kan bruke i drøftningsdelen.

Med tids og ordbegrensningen som ligger i oppgaveteksten til denne oppgaven er det begrenset hvor mye litteratur som er gjennomgått.

Mine observasjoner og kunnskaper ervervet gjennom praksisfeltet har jeg benyttet for å belyse problemstillingen. Jeg har gjort dette etter å ha funnet at mine observasjoner og erfaring samstemmer med det jeg har funnet i forskningen. Observasjon er enkelt sagt å studere det folk gjør (Aksel Tjora 2010:38, gjengitt i Dalland 2012:186)

5.3 Forskningsetikk

I forhold eksempelet jeg har gitt har jeg lagt stor vekt på ikke å avsløre noen detaljer om kvinnene jeg møtte eller de som jobber på sykehuset der jeg hadde praksis. For å unngå at det blir for personlig og grunnet språkvansker har jeg valgt ikke å intervju noen av kvinnene, selv om dette hadde vært mulig. Jeg ønsker ikke å blottlegge enkeltindividers kunnskap eller mangel på sådan i forhold til egen sykdom og amming av deres nyfødte. Jeg syns heller ikke at en kvinne som nettopp har født er det beste intervjuobjektet i en bacheloroppgave som denne. Jeg har derfor heller valgt å benytte meg av de observasjonene jeg har gjort og den kunnskapen jeg har fått gjennom samtaler med Dr. Ranganath. Jeg har fått tillatelse av Dr. Ranganath til å bruke hans navn i oppgaven.

6.0 Presentasjon av data

I den første delen av dette kapitlet presenteres hva jeg har funnet i forskningen. Videre følger mine personlige observasjoner og erfaringer fra emnet.

6.1 Å amme eller ikke – hva sier forskningen?

Artikkelen *"The Dilemma of Postnatal Mother-to-Child Transmission of HIV: To Breastfeed or Not?"* innleder med å si at oppfordring til mødre om å amme barna sine har redusert underernæringsproblematikken i en rekke utviklingsland. Amming har en beskyttende effekt i form av at brystmelken styrker immunforsvaret til barnet. Et godt immunforsvar reduserer faren for at barnet får infeksjoner og infeksjonssykdommer. Det er dessverre slik at amming også er årsaken til en kraftig økning i forekomst av HIV blant barn født i utviklingsland. Per år 2000 var hele 38 % av HIV- positive barn smittet gjennom amming. Spørsmålet blir, skal man amme eller ikke som HIV positiv mor i utviklingsland?

Smitteoverføring skjer fra mor til barn gjennom amming fordi morsmelken inneholder HIV. Flere studier indikerer at det er av betydning når mor har blitt smittet i forhold til hvor stor risiko det er for at barnet skal bli smittet via morsmelken. Flere studier har vist at det er større risiko for mor til barn smitte hvis mor selv har blitt smittet under graviditeten eller i perioden hun ammer, enn hvis mor var smittet før hun ble gravid. Et problem er at svært mange kvinner ikke vet når det har blitt smittet (Wienberg 2000).

Svaret på om det er lurt å amme eller ikke har er komplekst. Det er flere sider av saken som må tas med i vurderingen. Jeg nevner igjen at pasientgruppen det er snakk om befinner seg i hovedsak i områder med lite resurser og liten eller ingen tilgang på for eksempel rent drikkevann. Alternativet til ikke å amme er morsmelkerstatning. Morsmelkerstatning må blandes med rent vann før den kan brukes. I tillegg må morsmelkerstatningen i seg selv være tilgjengelig. Den erstatningen som er tilgjengelig må igjen være av den "gode" sorten.

Amming medfører flere helsegevinster for barnet enn morsmelkerstatning gjør.

Morsmelkerstatning reduserer risikoen for underernæring. Underernæring har oftest døden som følge i utviklingsland. Det er komponenter i brystmelken som beskytter barnet mot flere alvorlige infeksjonssykdommer. Disse infeksjonssykdommene har også døden som følge svært ofte (Wienberg 2000).

Artikkelen konkluderer med at det per dags dato ikke finnes noe entydig godt alternativ til ikke å amme for kvinner i utviklingsland. Forskerne anbefaler antiviral behandling av mor for å redusere risikoen for smitte fra mor til barn. Forskerne påpeker viktigheten av god

informasjon og veiledning til mor om alternativer til amming. Forskerne peker på viktigheten av å informere om konsekvenser amming og bruk av morsmelkerstatning kan ha. Hyppig testing av barna for så tidlig som mulig å oppdage smitte og starte behandling er også anbefalt. Artikkelen avsluttes med å si at alle HIV- positive kvinner med barn i den vestlige verden eller resurssterke områder, frarådes på det sterkeste å amme. Hvis rent vann og anbefalte morsmelkerstatninger finnes tilgjengelig er dette den anbefalte måten å fø barnet sitt på som HIV- positiv kvinne (Wienberg 2000).

11 år senere ble det skrevet en forskningsartikkel som omhandler samme tema og lignende problemstilling.

Artikkelen "*Breastfeeding in HIV Exposed Infants Significantly Improves Child Health: A Prospective Study*" viser at den samme problemstillingen fortsatt er høyst aktuell etter 11 år. Amming er fortsatt for mange kvinner den eneste måten å fø barna sine på i utviklingsland. Forskerne trekker frem helsegevinstene ved å amme barnet. Etter flere gjennomførte studier er det vist at for de fattigste kvinnene i utviklingsland er det faktisk best og anbefalt å amme selv om mor er HIV- positiv (Kindra 2012).

Årsaken er at helsegevinsten for barnet er så stor i forhold til om det blir benyttet morsmelkserstatning. Ofte er morsmelkerstatningen av dårlig kvalitet at det heller anbefales å amme (Kindra 2012). Denne artikkelen trekker frem en problemstilling der HIV- positive mødre i utviklingsland ofte velger dårlige morsmelkserstatninger fremfor amming. Artikkelen konkluderer med at det bør anbefales for alle kvinner i utviklingsland som ikke har tilfredsstillende morsmelkerstatningsalternativer tilgjengelig, å amme. Dette for å sikre at barnet får tilstrekkelig næring slik at man unngår underernæring og undervekst. I tillegg har den beskyttende effekten til morsmelken mye å si for at barnet ikke skal rammes av andre dødelige infeksjonssykdommer. Mødre som er HIV positive og ammer bør i aller høyeste grad behandles med antivirale midler. For at sykepleier skal anbefale mor å amme er det en forutsetning at mor behandles for HIV. Dette er WHO sine anbefalinger og retningslinjer for helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i forhold til HIV- smitte og barn (Kindra 2012).

6.2 Mødrenes kunnskap og holdninger

Etter å ha lest om anbefalingene til WHO, dukket det opp et spørsmål hos meg. Hva vet de HIV- positive kvinnene selv om amming som HIV- positiv? Da jeg har valgt å benytte

litteraturstudie som metode, har jeg forsøkt å finne svar på dette gjennom å lese forskningsartikler.

Morsmelk er en naturlig måte å beskytte barnet mot både underernæring og infeksjonssykdommer. Dette gjør at det blir et stort dilemma for HIV positive mødre i ressursvake områder. Artikkelen Knowledge of pregnant women on transmission of HIV infection through breastfeeding retter søkelyset på viktigheten av å informere mødre om risiko for HIV ved amming og bruk av morsmelkerstatning. For at riktig og god informasjon skal kunne gis vil forskerne kartlegge hvilken kunnskap kvinnene har om smitte av HIV ved amming. Forskerne fant at de fleste kvinnene i området der studiet ble gjennomført visste om risikoen for smitte via amming. Det viste seg at de kvinnene som hadde en uavklart HIV status valgte å amme. Videre var det mange kvinner med kjent HIV positiv status som bevisst valgte å amme på tross av tilbud om gratis morsmelkerstatning, fordi de ikke ønsket at naboer og lokalsamfunnet skulle få vite at de er HIV positive. Mange kvinner valgte også både å amme og gi erstatning. Forskerne konkluderer med at arbeidet videre bør fokusere på holdningsendringer i lokalsamfunnet, slik at kvinnene ikke må "skjule" at de er HIV positive og av den grunn ikke velger tryggere alternativer for å fø spedbarna. Studiet viser at kvinnene innehar kunnskapen om fare for smitte via amming, men frykt for å bli avslørt som HIV positiv gjør at de velger å amme allikevel. Studiet er gjennomført i Botswana.

Et lignende studie er gjennomført i nord Thailand. I artikkelen "Infant feeding practices and attitudes among women with HIV infection in northern Thailand", hevder de at en tredjedel av mor til barn-smitte av HIV er forårsaket av amming. I dette studiet har de gjort direkte intervjuer med HIV positive mødre, HIV positive gravide samt gravide og mødre med ukjent HIV status. Spørsmålene ble stilt for å finne ut om kvinnene ville amme eller benytte morsmelkerstatning. Intervjuet ble foretatt etter at helsepersonell hadde veiledet kvinnene til å ikke amme som HIV- positiv. De var blitt informert om risikoen for HIV- smitte via amming. Studiet viser at sammenlagt velger kvinnene amming som førstevalg for måte å fø barnet på. De aller fleste, uansett HIV status, mente at amming var bedre for barnet enn bruk av morsmelkerstatning.

6.3 Mine observasjoner og erfaringer

Jeg var utplassert i praksis på fødeavdelingen i Pondicherry i India. I folkehelsepraksis var jeg utplassert på et HIV og aids senter i en landsby utenfor byen. Jeg ble svært overrasket over variasjonen i kunnskapen kvinnene hadde om HIV og hvordan det smittet. Det var svært

mange kvinner som ikke visste hvordan det smittet. Mange visste heller ikke at de var HIV-positive før de kom til fødeavdelingen og tok standard HIV- testen. Flesteparten av kvinnene som fødte var unge, 19 – 23 år. De hadde ofte svært liten kunnskap om HIV og amming. Det er vanlig prosedyre at alle kvinner, uansett HIV- status, som føder på sykehuset bor på sykehuset i tre dager etter fødsel. En av årsakene til det er at sykepleierne veileder kvinnene i hvordan de skal amme barna. Dette er kunnskap de fleste kvinnene ikke har. Det er i dette rommet at sykepleier må veilede kvinnene med HIV i forhold til hvordan de skal fø barnet sitt. På sykehuset har de morsmelkerstatning, rent drikke vann og tåteflasker. Med det kan sykepleier tilby å veilede kvinnene i en alternativ måte å fø barnet på for å unngå at barnet blir smittet av HIV. Etter det jeg har blitt fortalt gjennom mange og lange samtaler med min lærer og mentor ved sykehuset i India, Dr. Ranganath, har jeg forstått at dette er et meget vanskelig arbeid. Det sykdomsforebyggende arbeidet sykepleierne gjør er på to plan. Det ene går på å forebygge at barnet får HIV. Det andre er å redusere risikoen for andre infeksjonssykdommer som er meget vanlige dødsårsaker i dette området. Det sykdomsforebyggende tiltaket mot infeksjonssykdommene er å anbefale mødrene å amme. Morsmelken inneholder de viktige immunkomponentene som styrker barnets immunforsvar og reduserer sjansen for at barnet får for eksempel diaré. Diaré kan i verste fall føre til døden i dette området og det er ikke uvanlig med dødsfall grunnet diaré hos barn under 6 år i området. Hvis sykepleier skal drive sykdomsforebyggende arbeid i forhold til HIV er det eneste tiltaket i dette området å veilede kvinnene til ikke å amme. Det er den eneste sikre måten å unngå at barnet får HIV.

Jeg selv forstod ikke helt omfanget av problemet før jeg selv dro ut i felten og fikk se problemet med egne øyne. De sanitære forholdene er svært dårlig og drikkevann er en stor mangelvare i området Tamil Nadu. Barna sover som regel på gulvet og er ekstremt utsatt for skitt og bakterier. Derfor er risikoen veldig høy for infeksjonssykdommer.

På hjemmebesøk hos HIV- pasienter fikk jeg også klart for meg hvorfor det er mange som ønsker å holde sin HIV- status skjult. Det er mange kvinner som velger å amme selv om de vet at det er stor fare for at barnet får HIV. Grunnen til kvinnenens valg er at de ikke vil at lokalsamfunnet skal finne ut at de er HIV- positive. Jeg forstår det godt etter å ha møtt pasienter som forteller om hets og represalier. Barn blir kastet ut av skolen hvis det er kjent at de har HIV. Jeg møtte en som hadde fått huset påtømt fordi han var HIV- positiv. Muligheten for å finne jobb uteblir og folk i lokalsamfunnet tar avstand og kommer med skjellsord.

Jeg har selv sett hvor avhengig man er av lokalsamfunnet når man bor i en landsby i India. Menneskene der har en annen dynamikk i lokalsamfunnet enn den vi er vant til fra Norge i dag. Menneskene er avhengige av hverandre og hverandres hjelp for å overleve - for å skaffe vann, mat og penger. Kvinnene lager ofte mat sammen og barna er hverandres barnepassere. Hvis man havner på utsiden av dette, er man uten tvil meget dårlig stilt og man har svært få muligheter til å overleve har jeg sett og erfart, samt blitt fortalt og forklart av lokalbefolkningen og Dr. Ranganath.

Etter å ha vært i India i til sammen 9 måneder og observert, deltatt i og snakket om problemene rundt HIV og amming, ser jeg tydelig det etiske dilemmaet sykepleierne står ovenfor når det kommer til det sykdomsforebyggende arbeidet på sykehuset.

7.0 Mine funn

7.1 Kvinnenes kunnskaper og holdninger

Jeg fant en artikkel med overskriften ”Knowledge of pregnant women on transmission of HIV infection through breast feeding”. Denne artikkelen tar for seg spørsmålet jeg stilte meg.

Artikkelen innledes med problemstillingen som jeg har nevnt tidligere, selv om amming er den naturlige måten og fø spedbarn på, er det også en smitte vei for HIV fra mor til barn.

Områdene som er hardest rammet av HIV er ressursvake områder i utviklingsland. I disse områdene er det vanlig at barn under 5 år dør av både underernæring og infeksjonssykdommer som diaré (Kasinga 2008).

Morsmelk er, som nevnt tidligere, en naturlig måte å beskytte barnet mot både underernæring og infeksjonssykdommer på. Denne artikkelen retter søkelyset på viktigheten av å informere og veilede mødrene om sikre metoder for amming eller bruk av morsmelkerstatning. For at riktig og god informasjon skal kunne gis vil forskerne kartlegge hvilken kunnskap kvinnene har om smitte av HIV ved amming.

Forskerne fant at de fleste kvinnene i området der studiet ble gjennomført visste om risikoen for smitte via amming. Det viste seg at de kvinnene som hadde en uavklart HIV- status valgte å amme. Videre var det mange kvinner med kjent HIV- positiv status som bevisst valgte å amme på tross av tilbud om gratis morsmelkerstatning, fordi de ikke ønsket at naboer og lokalsamfunnet skulle få vite at de er HIV- positive. Mange kvinner valgte også både å amme og gi erstatning - altså en blanding. Forskerne konkluderer med at det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet videre, bør fokusere på holdningsendringer gjennom folkeopplysning i lokalsamfunnet, slik at kvinnene ikke må ”skjule” at de er HIV- positive og av den grunn ikke velger tryggere alternativer for å fø spedbarna. Studiet viser at kvinnene innehar kunnskapen om fare for smitte via amming, men frykt for å bli avslørt som HIV- positiv gjør at de velger å amme allikevel. Studiet er gjennomført i Botswana (Kasinga 2008).

En lignende studie ble gjennomført i nord Thailand. I artikkelen ”Infant feeding practices and attitudes among women with HIV infection in northern Thailand”, hevder de at en tredjedel av mor til barn smitte av HIV er forårsaket av amming. I dette studiet har de gjort direkte intervjuer med HIV positive mødre, HIV positive gravide samt gravide og mødre med ukjent HIV- status. Spørsmål ble stilt for å finne ut av hvilke holdninger kvinnene hadde til amming og bruk av morsmelkerstatning etter at veiledning var gitt om å ikke amme. Studiet viser at flesteparten av kvinnene velger, eller vil velge, å amme for å fø barnet. De aller fleste

kvinnene, uansett HIV- status mente at amming var bedre for barnet enn bruk av morsmelkerstatning (Talawat 2002).

7.2 Alternativer til amming

Alternativet til amming er å benytte morsmelkerstatning. Jeg har funnet at det å velge om man skal amme eller ikke, ikke er et enkelt valg. Det er mange årsaker til det. En årsak er ikke å ha tilgang på rent vann. En annen årsak er ikke å ha tilgang på morsmelkerstatningen. En tredje årsak er et ønske om å holde sin HIV- status skjult. For sykepleier er det, i følge disse funnene, ikke entydig at man skal veilede alle HIV- positive mødre til ikke å amme når man driver sykdomsforebyggende arbeid i forhold til HIV. Det er i forhold til sykdomsforebyggende arbeid, like viktig å forebygge at barnet dør av for eksempel diarree eller underernæring under sitt første leveår. Dette finner jeg at utgjør et etisk dilemma. Jeg har funnet at sykepleier kan anvende den etiske beslutningsmodellen for å finne ut av hva som er best å gjøre.

7.3 Faktorer i samfunnet som påvirker valget

Jeg har funnet at det er faktorer i samfunnet som påvirker valget kvinnene tar – på tross av veiledning. Forskingen viser at kvinnenens ønske om å holde sin HIV- status skjult kan føre til at kvinnene velger å amme, selv om de egentlig vil benytte morsmelkerstatning. Dette stemmer også med mine egne erfaringer fra India.

7.4 Sykepleier kan veilede og gi informasjon

Jeg har funnet at sykepleier kan veilede og gi informasjon som metode for å drive sykdomsforebyggende arbeid. Veiledningen kan gjøres ved å bruke den didaktiske relasjonsmodell. Modellen kan brukes i praksis ved å lage et veiledningsopplegg gjennom å besvare følgende spørsmålene:

Hvem skal lære? – Den HIV- positive kvinnen som nylig har født.

Hva skal læres? – At HIV smitter via amming og at morsmelkerstatning er et alternativ til å amme.

Når skal man lære? – Dette må læres før første amming av barnet finner sted.

Med hvem skal man lære? – Med andre HIV- positive kvinner som har født. Sykepleier veileder og informerer.

Hvor skal man lære? – I ammestuen på fødeavdelingen.

Hvordan skal man lære? – Gjennom at sykepleier forteller og informerer. Sykepleier viser hvordan morsmelkerstatningen ser ut og hvordan man blander den. Sykepleier viser også hvordan man gir barnet mat fra tåteflaske.

Hvorfor man skal lære? – For å redusere risikoen for at barnet får HIV.

Spørsmålene er hentet fra Dalland (2010) som har hentet de fra Engelsen (2006:41).

I forhold til mitt eksempel kan veiledningsplanen ved å benytte den didaktiske relasjonsmodellen se slik ut. Jeg finner det nyttig å sette opp veiledningen i en bestemt struktur. Dette vil gjøre veiledningen lettere å gjennomføre for sykepleier da veiledningen er planlagt. Min erfaring fra fødeavdelingen er at det er høyt tempo og at det som skal gjennomføres må skje på en effektiv måte. Ved å ha en struktur på forhånd og ved at veiledningen er planlagt legger man til rette for at det skal være konstruktivt og effektivt. Man sikrer også at alle elementene i det man ønsker å formidle kommer med.

8.0 Drøftning

8.1 Å amme eller ikke amme- veiledning og sykdomsforebyggende arbeid i flere perspektiver

Det kommer tydelig frem i funnene at det ikke bare er å anbefale kvinnene og ikke amme. Jeg definerer spørsmålet om å amme eller ikke amme, som et etisk dilemma sykepleier står ovenfor.

8.2 Sykepleieteori sett i sammenheng med problemstillingen

Orem beskriver hvordan sykepleier fremmer egenomsorg gjennom ulike systemer. Orem fremhever viktigheten av at sykepleier underviser og støtter pasienten. Dette tenker jeg er meget relevant og viktig i forhold til de HIV positive mødrene. Forskningen viser at de fleste kvinnene er klar over farene ved å amme som HIV positiv, så i forhold til min problemstilling er det ikke bare å veilede i forhold til alternativ metode for å fø barnet som er viktig, men det å støtte pasienten er også meget viktig. Jeg tenker da spesielt på støtte i forhold til valg av metode for å fø barnet, da forskningen viser at flere kvinner velger å amme for å holde sin HIV- status skjult.

8.2.1 Sykepleie som hjelpetjeneste i samfunnet

Orem ser videre på sykepleie som en hjelpetjeneste i samfunnet. I forhold til min problemstilling vil sykepleier ha en stor hjelpende funksjon for samfunnet gjennom sykdomsforebygging i forhold til reduksjon av antallet HIV- positive barn. Sykepleier kan også bidra på en samfunnsmessig nivå ved folkeopplysningsarbeide om HIV. Det kan i sin tur hjelpe kvinner til å velge for eksempel morsmelkerstatning fremfor amming fordi det å avsløre sin HIV- status vil være lettere hvis samfunnet har mer kunnskap om HIV. I følge Orem har sykepleier en funksjon når det kommer til utvikling. Slik jeg ser det bidrar formidling av kunnskap ut til folket, til utvikling. Ikke bare på individnivå, men på samfunnsmessig nivå. Dette faller under sykepleiers sykdomsforebyggende, men også helsefremmende arbeid.

8.2.2 Sykepleiers hjelpemetoder og sykepleierkapasitet

Orem har definert sykepleiers hjelpemetoder som blant annet å veilede og rettlede en annen. Å sørge for fysisk og psykisk støtte, å sørge for omgivelser som fremmer utvikling og å undervise (Kristoffersen 2008). Slik jeg ser det er dette metoder som i aller høyeste grad er både relevante og viktige i forhold til min problemstilling. Orem benytter også et begrep som hun kaller sykepleierkapasitet. Orem beskriver et sett menneskelige ferdigheter og egenskaper som kreves for å gjennomføre planlagte handlinger.

8.3 Bruk av den didaktiske relasjonsmodell i sykdomsforebyggende arbeid

Den didaktiske relasjonsmodellen kan benyttes for å lage en veiledningssekvens for de HIV- positive kvinnene. Når sykepleier har bestemt hva pasienten bør veiledes til, kan den didaktiske relasjonsmodellen benyttes for å sikre at kvaliteten på veiledningen er god og at veiledningen er tilpasset de kvinnene den er ment for. Det vil si at veiledningen tar

utgangspunkt i at kvinnene har liten kunnskap om amming. Kvinne har liten kunnskap om amming og liten kunnskap morsmelkerstatning. Slik jeg ser det er den didaktiske relasjonsmodellen ett nyttig verktøy sykepleier kan benytte seg av når veiledning skal benyttes for å utføre sykdomsforebyggende arbeid på sykehuset.

8.4 Det etiske dilemmaet – en beslutning

Jeg har funnet at den etiske beslutningsmodellen kan være en god hjelp for sykepleier nå det skal fattes en beslutning om hva kvinnene skal veiledes til å gjøre. Etter det jeg har funnet, tenker jeg at sykepleier kan begrunne sin utøvelse av sykdomsforebyggende arbeid og veiledning i forbindelse med dette arbeidet med svaret den etiske beslutningsmodellen bidrar til å finne. Å benytte modellen er en anbefalt metode for sykepleier å gå frem på i følge faglitteraturen for sykepleiere. I all sykepleie er det svært viktig å kunne forklare med en faglig forankring hvorfor man velger å gjøre det man gjør. Den etiske beslutningsmodellen er et godt redskap for sykepleier til å kunne forklare faglig hvorfor veiledningen i det sykdomsforebyggende arbeidet blir gjort på en bestemt måte.

8.5 Vurdering og tolkning av funnene i lys av teorien

Funnene er basert på fire forskningsartikler. Det kan være annen forskning som har andre funn. Mine observasjoner og min erfaring er farget av min oppfatning. Kunnskapen jeg har fått gjennom samtaler er farget av subjektive erfaringer, holdninger og synspunkter. Det vil si at oppgaven ikke bare er basert på kalde fakta, men også en del subjektive funn.

For å kunne ta stilling til hva sykepleier bør gjøre og hvordan sykepleier på best måte kan utføre sykdomsforebyggende arbeid gjennom veiledning, må det etiske dilemmaet opp til vurdering for alvor. Jeg har samlet data, pekt på funnene og kritisk vurdert de analyserte funnene. Jeg har trukket frem at et etisk dilemma kan løses ved hjelp av den etiske beslutningsmodellen. For å finne ut hva sykepleier bør gjøre vil jeg drøfte ut ifra den etiske beslutningsmodellen. På den måten vil jeg bruke funnene å sette de opp mot problemstillingen i lys av teorien.

ER siden:

Ryddet handlingsrommet

- Berørte parter: Kvinnen, barnet
- Sosiale forhold: HIV er ikke akseptert i samfunnet.
- Ressursrammer: dårlig økonomi, dårlig tilgang på rent drikkevann

- Faktiske omstendigheter knyttet til helse, pleie og behandling: Ved å amme tilføres barnet viktige immunfaktorer. Ved å amme risiker man at barnet får HIV. Ved ikke å amme er barnet meget utsatt for flere livsfarlige infeksjonssykdommer.

Handlings alternativ 1: Å veilede kvinnen til ikke å amme for å unngå hiv smitte av barnet.

Handlingsalternativ 2: Å veilede kvinnen til å amme for å sikre et godt immunsystem hos barnet og redusere sjansen for andre infeksjonssykdommer.

Handlingsalternativ 3: Å informere kvinnen om begge valg og selv la kvinnen velge hva hun synes er best.

Normative prinsipper:

Np 1: Prinsipper for sykdomsforebyggende arbeid

- å legge omgivelsene til rette for best mulig helseutvikling.
- å bidra til at folks livskvalitet blir best mulig.

Np 2: Holdningene i samfunnet – HIV er ikke akseptert.

Np 3: Allmenn moralsk prinsipp – å sette barnet først.

Jeg setter dette inn i skjemaet for å få en klar oversikt over hva som veier i for og imot de ulike handlingsvalgene sykepleier står ovenfor.

	Np 1	Np 2	Np3
H 1	+	-	+
H 2	+	-	+
H 3	-	-	-

Nå skal jeg begrunne hvorfor jeg har vurdert det slik som jeg har gjort i tabellen.

- ER siden
- Berørte parter: Sykepleier, kvinnen og barnet – I denne oppgaven er det mor og barn som er i fokus. Ut ifra den erfaringen jeg har fra sykehuset i India er det ingen andre parter som blir involvert i denne settingen. Men det er klart at utenfor sykehuset har jo disse kvinnene som regel store familier som også på ett nivå er eller blir berørt av valget. Slik jeg ser det er det også et samfunnsmessig perspektiv i bildet. Da berører

samfunnet både økonomisk og resursmessig. Sykepleier er berørt da det er sykepleier som står ovenfor et valg.

- Sosiale forhold: HIV er ikke akseptert i samfunnet. – Dette kommer frem i mine funn i forskningen. Det samsvarer også med det jeg selv har erfart av holdninger der jeg var i India. Slik jeg ser det er dette et punkt som har en stor betydning. Grunnen til at jeg ser det slik er at jeg selv vet av egen erfaring hvor viktig det er å være akseptert og få være en del av lokalsamfunnet for å klare seg, i dette området. Dette punktet får frem to sider av saken slik jeg ser det. Den ene siden er at det er en sterk indikator på at mor ikke vil velge morsmelkerstatning fordi ved ikke å amme vil lokalsamfunnet fatte mistanke om at mor er HIV- positiv. På den andre siden vil valget om å amme føre til en enorm risiko for at barnet får HIV. Dette vil by på en rekke utfordringer for barnet og sjansen for at barnet og mor havner på utsiden av samfunnet er enormt stor. Samfunnsfaktoren er den mest utfordrende faktoren fordi det slik jeg ser det ikke er noen løsning som er klart bedre enn den andre. Men med tanke på allmenn moralske prinsipper så ligger det i det at barna alltid skal beskyttes. Det er en liten indikator som kan være til hjelp når en beslutning skal tas.
- Ressursrammer: dårlig økonomi, dårlig tilgang på rent drikkevann. Disse rammene har jeg satt på bakgrunn av funnene i forskningen og på bakgrunn av mine egne observasjoner og erfaringer. Alle pasientene jeg har møtt har vært meget fattige og har kommet fra geografiske områder med kjent drikkevannsproblematikk.
- Faktiske omstendigheter knyttet til helse, pleie og behandling:
 - Ved å amme tilføres barnet viktige immunfaktorer. – Dette er meget viktig for å redusere risikoen for at barnet får infeksjonssykdommer.
 - Ved å amme risiker man at barnet får HIV. – Dette er en risiko man som sykepleier i sykdomsforebyggende arbeid i utgangspunktet har som mål å redusere eller fjerne.
 - Ved ikke å amme er barnet meget utsatt for flere livsfarlige infeksjonssykdommer.
- Dette er ett uunngåelig faktum.

Slik jeg ser det ut ifra funnene i denne oppgaven er dette de tydelige rammene som kommer frem ut i fra mine data og med det er det de rammene som utgjør ER rommet.

H 1 står for handlingsalternativ 1: Å veilede kvinnen til ikke å amme for å unngå hiv smitte av barnet. I skjemaet over ser vi at dette handlingsalternativet får to pluss og ett minus. De normative prinsippene som taler for er Prinsipper for sykdomsforebyggende arbeid - å legge omgivelsene til rette for best mulig helseutvikling, og - å bidra til at folks livskvalitet blir best

mulig. Hvis sykepleier velger å veilede kvinnen til å ikke amme barnet, vil sykepleier ivareta disse to prinsippene for sykdomsforebyggende arbeid. Sykepleier vil bidra til å velge dette alternativet bidra til at barnets livskvalitet skal bli best mulig og det vil legge til rette for best mulig helseutvikling. Handlingsalternativet har fått minus på normativt prinsipp to fordi samfunnet ikke har aksept for HIV og ved å velge dette handlingsalternativet vil kvinnens HIV- status bli kjent. Normativt prinsipp tre har fått pluss fordi barnet blir satt først, barnets beste er i fokus.

Handlingsalternativ 2: Å veilede kvinnen til å amme for å sikre et godt immunsystem hos barnet og redusere sjansen for andre infeksjonssykdommer har fått pluss på to av de normative prinsippene og minus på ett. Np1 er ivaretatt i form av at risikoen for andre infeksjonssykdommer er redusert. Np2 har fått minus fordi det er en veldig stor sjanse for at får HIV. Hvis barnet får HIV er det stor sjanse for at barnet blir nektet skolegang og havner utenfor samfunnet. Dette medfører svært dårlige fremtidsutsikter for barnet, både helsemessig og sosialt. Jeg har vurdert det slik at Np3 har fått pluss. Bakgrunnen til det er at barnet sikres god ernæring som forebygger underernæring. Barnet får sikret tilgang til en rekke immunfaktorer som reduserer faren for infeksjonssykdommer. Jeg ser at jeg kunne satt minus her også, da det å amme øker risikoen for HIV- smitte. Å øke risikoen for HIV- smitte er ikke å sette barnets beste først. Det er her jeg finner selve kjernen i problemet.

Handlingsalternativ 3: Å informere kvinnen om begge valg og selv la kvinnen velge hva hun synes er best har fått minus på alle de normative prinsippene. Sykepleier ivaretar ikke Np1 hvis valget blir lagt over på mor. Slik jeg ser det blir det nesten en slags ansvarsfraskrivelse fra sykepleiers side, hvor mor må ta ansvar for det sykdomsforebyggende arbeidet selv. Det mener jeg blir helt feil. Np2 får minus fordi holdningene i samfunnet tilsier at HIV ikke er akseptert. Det er stor sjanse for at mor vil føle seg tvunget til å velge å amme for å unngå at sin egen HIV- status blir kjent. Np3 får minus fordi sykepleier ikke setter barnets beste først. Samlet sett tolker jeg det dit at sykepleier fraskriver seg ansvar ved å velge dette alternativet. Når det er sagt er vel realiteten den at der er dette som blir resultatet uansett hva sykepleier gjør. Til slutt vil det endelige valget falle på mor og hva hun ønsker å gjøre vil til slutt være det som blir gjort. Mor avgjør om barnet skal ammes eller ikke. Men hvordan sykepleier legger frem informasjonen og hvordan veiledningen blir gjort er opp til sykepleier.

Det er dette som skal besvares i denne oppgaven. Hvordan kan sykepleier utføre sykdomsforebyggende arbeid og veiledning ved amming for å redusere HIV- smitte fra mor til barn?

9.0 Avslutning

Sykepleier står igjen med to handlingsalternativer etter å ha benyttet den etiske beslutningsmodellen. Begge alternativene tar utgangspunkt i at sykepleier skal veilede pasienten, med den didaktiske relasjonsmodell som verktøy for å lage veiledningen.

Veiledningen er måten sykepleier utøver sykdomsforebyggende arbeid på helt konkret i forhold til denne problemstillingen. Med det utfylte skjemaet for normative prinsipper og handlingsalternativene fra drøftningskapittelet som utgangspunkt, står sykepleier fortsatt igjen med to valg. Det ene valget er å veilede kvinnen til ikke å amme, det andre er å veilede kvinnen til å amme.

9.1 Min konklusjon

For å komme frem til en konklusjon tar jeg utgangspunkt i drøftingen, resultatet i den etiske beslutningsmodellen, kunnskap fra innhentet data og mine erfaringer og observasjoner. Min konklusjon er at dette er et fryktelig vanskelig valg, men sykepleier bør veilede kvinnen til ikke å amme. Dette er min mening. Min begrunnelse er at målet med det sykdomsforebyggende arbeidet i denne oppgaven er å redusere risikoen for at barnet får HIV. Det er HIV som er sykepleiers fokus i denne problemstillingen. I forhold til det konkluderer jeg med at veiledningen bør bli gitt til kvinnene på en slik måte at det anbefales å benytte morsmelkerstatning og ikke å amme barnet. Sykepleier må videre informere om hvorfor dette er et viktig tiltak. Det gjør sykepleier gjennom å forklare sammenhengen mellom amming og HIV- smitte. Videre må sykepleier veilede pasienten i bruk av morsmelkerstatning. For at denne veiledningen skal bli nyttig og fullstendig, må sykepleier være orientert om mors økonomiske forutsetninger og om mors tilgang på rent drikkevann. Denne informasjonen må sykepleier få tilgang på gjennom samtale med pasienten. Dette er informasjon sykepleier må ha før veiledningen planlegges ved hjelp av den didaktiske relasjonsmodell. Grunnen til det er at økonomien til kvinnen og tilgangen på rent drikkevann utgjør en del av rammene for hvordan veiledningen skal gis på best mulig måte. Sykepleier må også informere om den økte faren for infeksjonssykdommer som følge av bruk av morsmelkerstatning.

Videre konkluderer jeg med at selv om sykepleier lager et godt veiledningsopplegg og informerer pasienten om alle farer og fordeler, vil til slutt valget være opp til kvinnen. Når mor forlater sykehuset med barnet er det opp til henne hva hun velger å gjøre.

Litteraturliste

Botnen Eide, Solveig m.fl. (2009). *Til den andres beste – En bok om veiledningens etikk.* 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2013) *Metode og oppgaveskrivning*. 5. utgave. Gyldendal Akademiske.

Dalland, O. (2010) *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. 2. utgave. Gyldendal Akademiske.

Dr. Ranganath – Ressursperson. Chief Executive Officer på sykehuset, Chairman i Indian Red Cross Society og Project Director of Continuing Nursing Education Programme.

- Gammersvik, Å., Larsen, T. (2012) *Helsefremmende sykepleie i teori og praksis*. Fagbokforlaget.
- Haugstvedt, Å., (2012) *HIV for helsepersonell en innføring*. Universitetsforlaget.
- Hovig, B., Lystad, A. (2001) *Infeksjonssykdommer – epidemiologi, mikrobiologi og smittevern*. 4. utgave. Gyldendal Akademiske.
- Johannesen, I., K. (2007) *Godt, rett, rettferdig – etikk for sykepleiere*. Akribes.
- Kasinga, F. mfl. (2008). Knowledge of pregnant women on transmission of HIV infection through breast feeding. *Department of Nursing*. Hentet fra Cinahl. (Lest 16.08.2013)
- Kindra, G., mfl. (2012). Breastfeeding in HIV Exposed Infants Significantly Improves Child Health: A Prospective Study. *Matern Child Health Journal*. 16:632-640. Springer Science+Business, LLC 2011. Utgitt online 20.April 2011. Hentet fra Cinahl. (Lest 15.08.2013)
- Kristoffersen, J., N. (2008) *Grunnleggende sykepleie*. Bind 4. Gyldendal Akademiske.
- Kumar, V., mfl (2005) *Robert and Cotran Pathologic basis of disease*. Kap. 6. S. 247-251. 7. Utgave. Elsevier Saunders.
- Mæland, J. G. (2005) *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. 2. utgave. Universitetsforlaget.
- Pratt, J. R. (2003) *HIV & aids – A foundation for nursing and healthcare practice*. 5. Utgave. Arnold.
- Raiten, D.,J. mfl. (2011). Executive summary- Nutritional Care of HIV-Infected Adolescents and Adults, including Pregnant and Lactating Women: What Do We Know, What Can We Do, and Where Do We Go from Here? *The American Journal of Clinical Nutrition*. S. 1667-1676. Hentet fra Cinahl. (Lest 15.08.2013)
- Talawat, S., mfl. (2002). Infant feeding practices and attitudes among women with HIV infection in northern Thailand. *Aids care*. Vol.14, no 5. S. 625-631. Hentet fra Cinahl. (Lest 16.08.2013)
- Tjade, T., (2008) *Medisinsk mikrobiologi og infeksjonssykdommer*. 3. utgave. Fagbokforlaget.

Tveiten, Sidsel. (2008). *Veiledning – mer enn ord*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Villamor, E., (2006). A Potential Role for Vitamin D on HIV Infection? *Nutrition Reviews*. Vol. 64, No. 5. S. 226-233. Hentet fra Cinhal. (Lest 15.08.2013)

Wienberg, G.,A. (2000). The Dilemma of Postnatal Mother-to-Child Transmission of HIV: To Breastfeed or Not? *Blackwell Science Inc. Birth* 27:3 September 2000. S. 199-205. Hentet fra Cinahl. (Lest 15.08.2013)

Vedlegg 1

IMRaD/ transkriberingsskjema

Forfatternavn, Tittel Land, Årstall	Hensikt	Design og metode	Hovedfunn
Kindra, G., mfl. Breastfeeding in HIV Exposed Infants Significantly Improves Child Health: Sør Afrika 2012	Å finne ut hva forskningen sier om HIV- smitte fra mor til barn via amming. Anbefalt å amme eller ikke?	En prospektiv studie. En studie som ”ser frem i tid.” HIV- positive kvinner med nyfødte barn som fikk oppfølging på en klinikk i Durban, Sør Afrika. Hver mor ble fulgt i 9 mnd etter fødsel. De benyttet laboratorie- tester og statistikk	Etter flere gjennomførte studier er det vist at for de fattigste kvinnene i utviklingsland er det faktisk best og anbefalt å amme selv om mor er HIV- positiv Artikkelen konkluderer med at det bør anbefales for alle kvinner i utviklingsland som ikke har tilfredsstillende morsmelkerstatningsalternativer tilgjengelig, å amme. Dette for å sikre at barnet får tilstrekkelig næring slik at man unngår underernæring og undervekst.

<p>Kasinga, F. mfl.</p> <p>Knowledge of pregnant women on transmission of HIV infection through breast feeding.</p> <p>Sør Afrika</p> <p>2008</p>	<p>Å kartlegge HIV-positive kvinners kunnskap om HIV-smitte via amming.</p>	<p>Intervju.</p> <p>Gravide kvinner ble intervjuet i Gaborone, Botswana.</p> <p>Artikkelen er også en litteraturstudie.</p> <p>To metoder er brukt. I den første delen er det en litteraturstudie, i den andre delen er det en gjennomgang av resultatene av intervjuene.</p>	<p>Forskerne fant at de fleste kvinnene i området der studiet ble gjennomført visste om risikoen for smitte via amming. Det viste seg at de kvinnene som hadde en uavklart HIV-status valgte å amme. Videre var det mange kvinner med kjent HIV-positiv status som bevisst valgte å amme på tross av tilbud om gratis morsmelkerstatning, fordi de ikke ønsket at naboer og lokalsamfunnet skulle få vite at de er HIV-positive. Forskerne konkluderer med at arbeidet videre bør fokusere på holdningsendringer i lokalsamfunnet, slik at kvinnene ikke må "skjule" at de er HIV-positive og av den grunn ikke velger tryggere alternativer for å fø spedbarna. Studiet viser at kvinnene innehar kunnskapen om fare for smitte via amming, men frykt for å bli avslørt som HIV-positiv gjør at de velger å amme.</p>
<p>Talawat, S., mfl.</p> <p>Infant feeding practices and attitudes among women with HIV infection in northern Thailand</p> <p>Thailand</p>	<p>Å kartlegge kvinnenes holdninger til å amme som HIV-positive.</p>	<p>Intervju utført ansikt til ansikt.</p> <p>Strukturert spørsmåls-guide brukt.</p> <p>Intervjuene er av kvinner som er pasienter på et</p>	<p>Gravide kvinner med kjent HIV-status og ukjent HIV-status ble på senteret veiledet før fødsel til å ikke amme barnet. Etter veiledningen ble kvinnene intervjuet for å kartlegge hva kvinnene selv tenkte å gjøre når barnet ble født.</p> <p>Studiet viser at sammenlagt velger kvinnene amming som førstevalg for måte å fø barnet på, selv om de alle har fått veiledning av fagpersonell som anbefaler at de ikke bør</p>

2002		health care senter i Mae Chan District, Taiwan. Tre studiegrupper ble benyttet.	amme. De aller fleste, uansett HIV status, mente at amming var bedre for barnet enn bruk av morsmelkerstatning.
Wienberg, G.,A. The Dilemma of Postnatal Mother-to-Child Transmission of HIV: To Breastfeed or Not? USA 2000	Å belyse temaet om mor bør amme eller ikke som HIV- positiv.	En litteratur- studie	Amming har en beskyttende effekt i form av at brystmelken styrker immunforsvaret til barnet. Et godt immunforsvar reduserer faren for at barnet får infeksjoner og infeksjonssykdommer. Amming medfører flere helsegevinster for barnet enn morsmelkerstatning gjør. Artikkelen konkluderer med at det per dags dato ikke finnes noe entydig godt alternativ til ikke å amme for HIV- positive kvinner i utviklingsland.